



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung  
WBF

**Preisüberwachung PUE**

---

# **Akutstationäre Spitaltarife im Zusatzversicherungsbereich**

## **Ein nationaler Tarif- und Kostenvergleich**

---

Bern, Oktober 2021



## **Impressum**

Akutstationäre Spitaltarife im Zusatzversicherungsbereich

Ein nationaler Tarif- und Kostenvergleich

Autor: Kaspar Engelberger

Preisüberwachung

Einsteinstrasse 2

3003 Bern

<https://www.preisueberwacher.admin.ch>

Bern, Oktober 2021



## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Ausgangslage</b> .....	<b>5</b>
2.1	Wettbewerbskonzept im Zusatzversicherungsbereich .....	5
2.2	Zusatzversicherte Spitalleistungen .....	6
2.3	Vergütung der akut-stationären Spitalleistungen zu Lasten der OKP .....	7
2.4	Vergütung der zusatzversicherten Spitalleistungen .....	8
<b>3</b>	<b>Vorgehen / Methode</b> .....	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>Analyse</b> .....	<b>9</b>
4.1	Tarifstrukturen .....	9
4.2	Tarifvergleich .....	11
4.3	Effektiv durch die Versicherer bezahlte Fallkosten .....	13
<b>5</b>	<b>Fazit und Empfehlungen des Preisüberwachers</b> .....	<b>16</b>



## 1 Einleitung

Im Oktober 2017 nahm der Bundesrat den Bericht einer Expertengruppe unter Beteiligung des Preisüberwachers zur Kenntnis, der 38 Massnahmen zur Dämpfung der Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vorschlägt. Die Massnahme Nr. 28 betrifft die Krankenzusatzversicherung (KZV) und empfiehlt die Verhinderung missbräuchlicher Zusatzversicherungstarife der Spitäler. Diese seien in der Schweiz zurzeit gesetzlich nicht reguliert und die Spitäler deshalb weitgehend frei in der Tarifgestaltung. Die Vergütungen der Versicherer z.H. der Spitäler im stationären Zusatzversicherungsbereich betragen jedoch gemäss Expertengruppe oft ein Vielfaches der bereits von der OKP bezahlten Leistungen. Damit sei die Behandlung von Zusatzversicherten ökonomisch interessanter als die Behandlung von ausschliesslich Grundversicherten und es bestehe somit ein Anreiz für das Spital und/oder die behandelnden Ärzte, Mengen auszuweiten bzw. unnötige Behandlungen vorzunehmen. Dieser Anreiz zur Mengenausdehnung hat auch Auswirkungen auf die Kosten der OKP, denn alle Zusatzversicherten Patientinnen und Patienten sind auch obligatorisch grundversichert. Somit bezahlt die OKP auch an jede stationäre Behandlung von Zusatzversicherten Personen. Die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA, welche die Krankenzusatzversicherer beaufsichtigt, hat in einer Medienmitteilung vom 17. Dezember 2020 festgestellt, dass Rechnungen im Bereich der Krankenzusatzversicherung häufig intransparent sind und zum Teil unbegründet hoch oder ungerechtfertigt scheinen.<sup>1</sup>

Der Preisüberwacher hat deshalb entschieden, die Krankenzusatzversicherungstarife der Spitäler genauer unter die Lupe zu nehmen. Als der Preisüberwacher mit seinen Untersuchungen begann, stiess er zunächst auf eine grosse Intransparenz hinsichtlich der Tarife, welche von den Spitälern vehement verteidigt wird. Die anschliessenden Nachforschungen des Preisüberwachers entdeckten sodann eine kaum zu durchblickende, extrem komplexe und heterogene Tariflandschaft, welche in den letzten Jahrzehnten unbehelligt von gesetzlicher Preisregulierung und von wirksamem Preiswettbewerb gewachsen ist. Das Erstellen eines möglichst aussagekräftigen Preisvergleiches erwies sich denn auch als äusserst anspruchsvoll. Nach umfassenden Auswertungsarbeiten präsentiert der Preisüberwacher hiermit die erste für die Öffentlichkeit einsehbare Übersicht über die Schweizer Tariflandschaft für stationäre Spitalaufenthalte zu Lasten der Zusatzversicherung überhaupt. Das Resultat der Analyse ist eindeutig: Es ist einerseits unklar, welche Leistungen im Einzelnen mit den Zusatzversicherungstarifen abgegolten werden. Andererseits stehen die Tarife in einem groben Missverhältnis zu den Kosten, welche die Spitäler selbst für diese Leistungen ausweisen. Denn klar ist: Die Krankenzusatzversicherungstarife dürfen nur die Kosten von Leistungen decken, welche nicht bereits durch die OKP bezahlt sind. Damit kann der Befund der FINMA klar bestätigt werden. Der vorliegende Tarifvergleich hat primär das Ziel, Transparenz zu fördern und soll gleichzeitig als Entscheidungsgrundlage für mögliche Massnahmen zur Behebung der beschriebenen Problematik dienen.

---

<sup>1</sup> [Medienmitteilung der FINMA vom 17. Dezember 2020 i. S. Handlungsbedarf bei Leistungsabrechnungen in der KZV.](#)



## 2 Ausgangslage

### 2.1 Wettbewerbskonzept im Zusatzversicherungsbereich

Der Markt für akutstationäre Spitaldienstleistungen im Zusatzversicherungsbereich weist eine trianguläre Marktstruktur auf, in welchem drei Akteure in wechselseitigen Beziehungen zueinander stehen: Gekennzeichnet ist dieser Markt insbesondere dadurch, dass die Vergütung der medizinischen Mehrleistungen nicht direkt durch die Nachfrager (die Privatpatienten) an die Anbieter (die Spitäler), sondern indirekt via die Krankenversicherer, welche als Intermediäre fungieren, erfolgt. In der folgenden Abbildung 1 ist die Struktur des Marktes für akutstationäre Spitaldienstleistungen im Zusatzversicherungsbereich schematisch dargestellt.

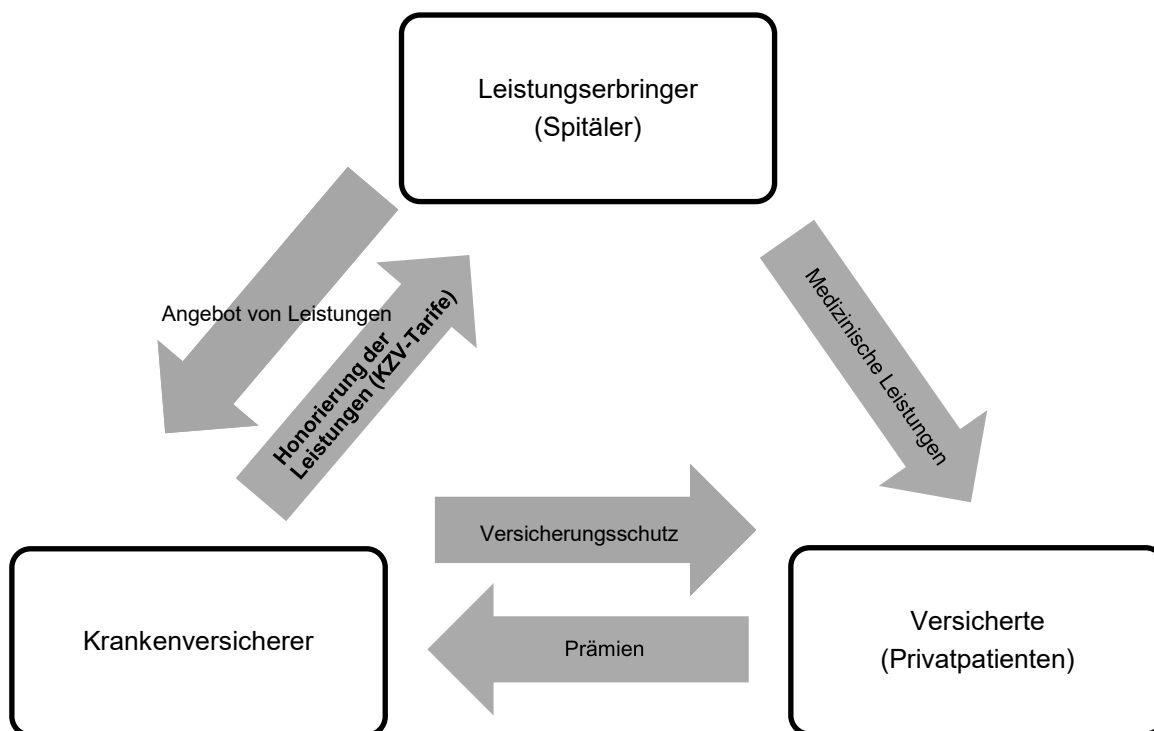


Abbildung 1: Markt für akutstationäre Spitaldienstleistungen im Zusatzversicherungsbereich, sinngemäss aus: Recht und Politik des Wettbewerbs (RPW) 2008/4, S. 557 (mit Modifikationen).

Die Privatpatienten fragen bei den Krankenversicherern ein Versicherungsprodukt nach, welches ihnen garantiert, dass im Krankheitsfall die Kosten der in den Privat- oder Halbprivatabteilungen von grundsätzlich sämtlichen Schweizer Spitälern erbrachten Gesundheitsleistungen von den Krankversicherern übernommen werden. Im Gegenzug verpflichtet sich der Versicherte zur Zahlung einer festen Prämie. Je nach Alter und Gesundheitszustand können die Versicherten den Anbieter von Zusatzversicherungen nicht mehr oder nur mit wesentlichen Vorbehalten wechseln.

Die Spitäler erbringen medizinische Leistungen, für welche sie Vertriebswege nachfragen. Die Versicherer sind Anbieter von Absatzkanälen für diese Leistungen. Durch Tarifverhandlungen werden die Preise dieser Leistungen ausgehandelt, welche von den Versicherungen bezahlt, aber von Patienten/Versicherungskunden konsumiert werden. Gegenstand dieser Untersuchung sind ebendiese zwischen Spitälern und Krankenversicherern vereinbarten Tarife betreffend die Abgeltung für die (Zusatz-) Leistungen der Privatpatienten in der Privat- oder Halbprivatabteilung. Diese komplexe Marktstruktur hat u.a. folgende Effekte:



- Traditionsgemäss garantiert die Spitalzusatzversicherung in der Schweiz die freie Wahl unter sämtlichen Schweizer Spitälern. Aufgrund dieses vertraglichen Versicherungsverprechens ist es für die Krankenversicherer kaum möglich, einzelne Spitäler von der Vergütungspflicht der überobligatorisch erbrachten Leistungen auszuschliessen.<sup>2</sup>
- Die zwischen den Spitälern und Krankenversicherern ausgehandelten Tarife haben auf das Patientenverhalten keinen Einfluss. Die Patienten sind in der Regel nicht über diese Preise orientiert und haben zudem kein wirtschaftliches Interesse, sich darüber zu orientieren.
- Es besteht folglich kein wirksamer Preiswettbewerb zwischen den Spitälern.
- Die etwas älteren Versicherten sind ebenso wie chronisch Kranke «gefangene Kunden», da es für sie in vielen Fällen nicht möglich ist, zu einem anderen Zusatzversicherer zu wechseln. Die Krankenversicherer können deshalb überhöhte Tarife auf ihre Versicherten überwälzen.

## 2.2 Zusatzversicherte Spitalleistungen

Mit der Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Jahr 1996 wurde in der Schweiz eine rechtliche wie formale Trennung von zwei Krankenversicherungsbereichen geschaffen. Die neu geschaffene obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt seither grundsätzlich die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Die Bundesverfassung verlangt, dass die von der OKP vergütete Grundversorgung von hoher Qualität ist.<sup>3</sup> Dies trifft grundsätzlich auch auf sämtliche akut-stationären Spitalleistungen zu. Diese allgemeinen Leistungen werden jedoch nur dann von der OKP vergütet, wenn sie den Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) genügen (Art. 32 Abs. 1 KVG).

Alle medizinischen Leistungen, welche diesen Voraussetzungen nicht genügen, sind nach dem Willen des Gesetzgebers in den Bereich der freiwilligen Krankenzusatzversicherungen verwiesen, deren Abschluss allen freisteht. Da beinahe sämtliche Kosten der akut-stationären Spitalleistungen allerdings in die Vergütungspflicht der OKP fallen, bedarf es einer klaren Klärung und detaillierten Differenzierung derjenigen Spitalleistungen, welche durch eine Zusatzversicherung abgedeckt werden können. Gemäss Lehre und Rechtsprechung müssen die zusatzversicherten Leistungen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Zusatzversicherte Leistungen müssen grundsätzlich ausserhalb des Leistungsbereichs der OKP liegen.
- Leistungen, welche mit OKP-Leistungen verbunden sind, aber über den Leistungsumfang der OKP hinausgehen (sog. «Mehrleistungen»), müssen sich detailliert vom Standard der OKP abgrenzen und nachweisen lassen.
- Mehrleistungen zugunsten zusatzversicherter Patienten dürfen sich nicht zulasten von rein grundversicherten Patienten auswirken.
- Die Definition der «echten Mehrleistung» ist im konkreten Einzelfall abhängig vom OKP-Standard des jeweiligen Leistungserbringers. Bietet beispielsweise ein Spital grundsätzlich auch für die rein grundversicherten Patienten ausschliesslich Doppelzimmer an, gilt der Aufenthalt in einem Doppelzimmer nicht als zusatzversicherte Mehrleistung.

---

<sup>2</sup> Dieser Effekt wird noch verstärkt, seitdem die freie Spitalwahl unter der neuen Spitalfinanzierung grundsätzlich auch durch die obligatorische Grundversicherung garantiert ist.

<sup>3</sup> Art. 117a Abs. 1 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV).



Rechtsprechung und Lehre anerkennen im stationären Bereich u. a. die folgenden zusatzversicherten Mehrleistungen:

- Luxuriöse Hotellerie (Aufenthalt in der Privat- oder Halbprivatabteilung eines Spitals)
- Freie Arztwahl im Spital
- Behandlungen in nicht zugelassenen Spitälern
- Wahl des Behandlungszeitpunkts durch den Patienten bei elektiven Eingriffen
- Besondere, medizinisch nicht notwendige Behandlungs- und Betreuungsangebote

### 2.3 Vergütung der akut-stationären Spitalleistungen zu Lasten der OKP

Die oben beschriebene strikte Trennung der miteinander verzahnten Leistungsbereiche in der Akutso-matik fordert auch eine Unterscheidung in tariflicher Hinsicht. Eine Analyse der Spitaltarife im Kranken-zusatzversicherungsbereich ist deshalb nur unter Berücksichtigung der Spitaltarife zu Lasten der OKP möglich.

Seit Inkrafttreten der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung im Jahr 2012 («Neue Spitalfinan-zierung») werden die OKP-berechtigten akut-stationären Spitalleistungen schweizweit mit leistungsbe-zogenen Fallpauschalen basierend auf einem einheitlichen Tarifsystem (SwissDRG) abgegolten. Die leistungsbezogenen Fallpauschalen (Baserates) werden individuell zwischen den einzelnen Leistungs-erbringern und den Krankenversicherungsgruppen ausgehandelt und müssen von kantonalen Exekuti-ven genehmigt werden.<sup>4</sup> Es herrscht sogenannter Kontrahierungszwang, d. h. die Krankenversicherer sind verpflichtet, die durch den Leistungserbringer erbrachten Leistungen zu vergüten, sofern dieser die gesetzlichen Zulassungsbedingungen erfüllt. Die OKP-Spitalleistungen werden durch die Kantone (mind. 55%) und die OKP (max. 45%) finanziert («dual-fixe Finanzierung»).

Dem Wirtschaftlichkeitsgebot des KVG gehorchend sollen die OKP-Baserates grundsätzlich nur die Kosten (inkl. Investitionskosten) eines Spitals abgelten, welches die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.<sup>5</sup> Die Tarifbestimmung erfolgt gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auf Basis eines gesamtschweizerischen Fallkosten-Betriebsver-gleiches. Die Spitäler müssen zu diesem Zweck die Kosten der stationären OKP-Behandlungen voll-ständig, transparent und nachweisbar ausweisen können.<sup>6</sup> Dies bedingt auch die transparente Aus-scheidung sämtlicher Kosten für die nicht OKP-pflichtigen Leistungen<sup>7</sup>, also auch der Mehrkosten, die im Zusammenhang mit den Mehrleistungen für Zusatzversicherte anfallen.<sup>8</sup>

Die Einkaufsgemeinschaft HSK AG hat berechnet, dass die Spitäler im Jahr 2019 durchschnittlich Kos-ten in der Höhe von **Fr. 427.- pro KZV-Fall** für die Mehrleistungen für Zusatzversicherte ausgewiesen haben (exkl. Arzthonorare).<sup>9</sup> Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) sind die Spitäler nicht in der Lage, die effektiven Mehrkosten angemessen auszuweisen, weswegen ein normativer Abzug notwendig sei. Die GDK empfiehlt deshalb einen Mehrkostenabzug von **Fr. 800.- pro Halbprivat-Fall** und von **Fr. 1'000.- pro Privat-Fall** (exkl. Arzthonorare).<sup>10</sup> Zusätzlich zu diesem Mehrkostenabzug sind auch die Kosten der Arzthonorare, die an Beleg-, Konsiliar- und Spitalärzte für die Betreuung von Patienten aufgrund ihrer Halbprivat- oder Privatversicherung ausgerichtet werden, ab-

<sup>4</sup> Bei Nichteinigung setzt die kantonale Exekutive den Tarif fest.

<sup>5</sup> Art. 49 Abs. 1 KVG.

<sup>6</sup> Vgl. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts (BVGE) vom 15. Mai 2019 C-4374/2017, C-4461/2017 E. 6.1.

<sup>7</sup> U. a. Kosten für universitäre Lehre und Forschung. Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen, Kos-ten der Arzthonorare für zusatzversicherte Patienten, Mehrkosten für die Behandlung von zusatzversi- cherten Patienten.

<sup>8</sup> Vgl. BVGE 2014/36 E. 4.9.2.

<sup>9</sup> Einkaufsgemeinschaft HSK: Benchmark SwissDRG, Tarifjahr 2021. Datenjahr: 2019.

<sup>10</sup> Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK): Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprü- fung, Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG, 27. Juni 2019.



zuziehen. Berechnungen des Preisüberwachers basierend auf der Krankenhausstatistik 2019 des Bundesamtes für Statistik (BfS) ergaben, dass der ausgewiesene Kostenanteil der Arzthonorare zulasten der Zusatzversicherung **ca. Fr. 800.- pro KZV-Fall** betrug.

Des Weiteren gilt der Tarifschutz gemäss Art. 44 Abs. 1 KVG, welcher bestimmt, dass die Spitäler sich an die vertraglich vereinbarten oder behördlich festgesetzten Tarife halten müssen und für die von ihnen erbrachten OKP-Leistungen keine weitergehenden Vergütungen berechnen dürfen. Alle Ansprüche des Spitals betreffend die von ihm erbrachten OKP-Leistungen sind mit der Vergütung nach den festgelegten Fallpauschalen abgegolten (Art 49 Abs. 5 KVG). Da Privatpatienten zugleich auch KVG-versichert sind, haben sie bei Hospitalisation in der privaten Abteilung ebenfalls Anspruch auf die Leistungen aus der OKP. Jede Spitalbehandlung eines Privatpatienten wird deshalb immer auch durch einen OKP-Tarif mitvergütet.

## 2.4 Vergütung der Zusatzversicherten Spitalleistungen

Es ist grundsätzlich erlaubt, dass Spitäler Sondertarife für Leistungen verlangen, welche über den Leistungsumfang der OKP hinausgehen und sich von diesem hinreichend abgrenzen lassen (vgl. Kapitel 2.2). Wie oben beschrieben, steht es in der Schweiz grundsätzlich jeder Person frei, welche diese Leistungen im Bedarfsfall in Anspruch nehmen will, zu diesem Zweck freiwillig eine Krankenzusatzversicherung abzuschliessen. Um eine willkürliche Rechnungsstellung durch die Spitäler zu verhindern, können die Krankenzusatzversicherer mit den Spitälern einen privatrechtlichen Tarifvertrag betreffend die Abgeltung der überobligatorischen Spitalleistungen abschliessen. Solche Tarifverträge sind rechtlich nicht zwingend und unterliegen nicht dem KVG. Gemäss Bundesgericht stellen die KZV-Tarife bei öffentlich-rechtlichen Leistungserbringern Gebühren dar, welche den allgemeinen gebührenrechtlichen Grundsätzen des Kostendeckungsprinzips und des Äquivalenzprinzips unterstehen und auf dem Wege der ordentlichen öffentlichen Rechtspflege auf Einhaltung dieser Prinzipien hin überprüfbar sind.<sup>11</sup>

Die Aufsicht im Bereich der privaten Krankenzusatzversicherungen richtet sich nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG; SR 961.01). Aufsichtsbehörde über die Krankenzusatzversicherungen ist die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA; Art. 46 Abs. 1 VAG). Die zwischen den Spitälern und den Krankenzusatzversicherern vereinbarten KZV-Tarife kann die FINMA allerdings nur begrenzt kontrollieren. Einer Genehmigungspflicht durch die FINMA unterliegen nur die *Prämien* der Krankenzusatzversicherer und damit auch die Prämien für Zusatzversicherungen, welche einen allfälligen Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung eines Spitals abdecken.

Gemäss Versicherungsaufsichtsrecht (VAG) dürfen Zusatzversicherungsverträge jedoch nicht missbräuchlich sein.<sup>12</sup> Als missbräuchlich anzusehen sind namentlich Zusatzversicherungen, die auch Kosten von Behandlungen abdecken, die für den Patienten keinen Zusatznutzen erwarten lassen. So erwartet die FINMA im Rahmen der Genehmigung der Krankenzusatzversicherungsprämien unter anderem, dass die Versicherer nur Abrechnungen für echte Mehrleistungen ausserhalb der OKP akzeptieren und dass diese Mehrleistungen zudem in einem vernünftigen Verhältnis zu den entstandenen Mehrkosten eines Aufenthalts in einer privaten Abteilung stehen. Beide Erwartungen ergeben sich aus den Anforderungen an die ordentliche Geschäftsführung.<sup>13</sup> Auf die Tarifierung der Leistungserbringer kann die FINMA somit nach heutiger Gesetzeslage nur indirekt und nur einzelfallbezogen Einfluss nehmen, indem sie einen Verstoss gegen die Corporate Governance-Regeln durch einen Krankenzusatzversicherer bei überhöhten Entschädigungen von stationären Leistungen in halbprivaten oder privaten Spitalabteilungen ahndet.

---

<sup>11</sup> Vgl. BGE 135 V 443 E. 3.9.

<sup>12</sup> Vgl. Art. 38 VAG sowie Art. 46 Abs. 1 lit. f VAG.

<sup>13</sup> Vgl. Art. 14 VAG sowie [Medienmitteilung der FINMA vom 17. Dezember 2020 i. S. Handlungsbedarf bei Leistungsabrechnungen in der KZV.](#)





### 3 Vorgehen / Methode

Die dieser Analyse zugrundeliegenden Daten hat der Preisüberwacher bei den zehn grössten Schweizer Krankenzusatzversicherern (Helsana Zusatzversicherungen AG, CSS Versicherung AG, Visana Versicherungen AG, Sanitas Privatversicherungen AG, Mutuel Assurances SA, CONCORDIA Versicherungen AG, Groupe Mutuel Assurances GMA SA, Assura SA, KPT Versicherungen AG, SWICA Versicherungen AG) erhoben. Diese zehn Krankenversicherer schrieben im Jahr 2019 ca. 90% des gesamten Prämienvolumens im Zusatzversicherungsbereich.<sup>14</sup>

Der Preisüberwacher ersuchte die Krankenzusatzversicherer u. a. um Angabe der akut-stationären Spitaltarife im Zusatzversicherungsbereich (Behandlungen in der privaten und halbprivaten Abteilung) sämtlicher Schweizer Akutspitäler (exkl. Geburtshäuser). Zusätzlich erhob der Preisüberwacher bei den Zusatzversicherern die effektiv bezahlten Gesamtkosten pro Fall (normiert auf Kostengewicht 1.0).

Die eingegangenen Daten aller Krankenzusatzversicherer erfüllen die für diese Analyse notwendige Qualität. Der Preisüberwacher hat diese Daten in Rücksprache mit den Versicherern plausibilisiert und analysiert. Ziel dieser Analyse ist ein möglichst repräsentativer, schweizweiter Tarifvergleich der akut-stationären Spitaltarife im Zusatzversicherungsbereich (private und halbprivate Abteilung) des Jahres 2019. Um mögliche Geschäftsgeheimnisse zu schützen, werden die Resultate dieser Analyse im vorliegenden Bericht nur in anonymisierter und aggregierter Form dargestellt.

## 4 Analyse

### 4.1 Tarifstrukturen

Im Unterschied zur obligatorischen Grundversicherung, wo ein gesamtschweizerisches DRG-System gesetzlich vorgegeben ist, sind die Spitäler bei der Tarifgestaltung im Zusatzversicherungsbereich hinsichtlich Form und Struktur grundsätzlich frei. Es kommen denn auch sehr viele unterschiedliche Tarifsysteme zur Anwendung. Fast jedes Spital hat seinen eigenen Vertrag und entsprechend sind auch die Komponenten, welche schliesslich zu den Fallkosten führen, unterschiedlicher Natur oder anders gewichtet, was eine Vergleichbarkeit der Verträge erschwert. Folgende Komponenten werden u. a. als Mehrleistungs- oder Vollpauschalen (OKP und VVG zusammen) vereinbart:

- Tages- oder Nachtpauschalen
- Grund- und Zusatzmodule (z. B. zusätzliche Pauschale pro Eintritt in den Operationsaal oder pro Einsatz des Da-Vinci-Operationsroboters)
- Einzelleistungen
- Arzthonorare nach Eingriffen
- Mehrleistungs- oder Vollkosten DRG-Pauschalen
- (ungewichtete) Fallpauschalen.

In den meisten Fällen kombinieren die Tarifverträge (mindestens) ein Fallelement, das unabhängig der Aufenthaltsdauer einmal pro Fall verrechnet wird, mit einer Tages- oder Nachtpauschale. Tagespauschalen werden für jeden Aufenthaltstag inklusive Aufnahme und Entlassungstag, Nachtpauschalen für jede in der Halb- oder Privatabteilung verbrachte Nacht verrechnet. Das Fallelement kann analog zur Vergütung zu Lasten der OKP eine DRG-Baserate oder eine ungewichtete Fallpauschale sein. In wenigen Fällen enthalten die Tarifverträge sowohl eine DRG-Baserate als auch eine ungewichtete Fallpauschale. Es ist des Weiteren üblich, dass bei den DRG-Baserates ein Kostengewichtssockel und -deckel eingebaut wird, damit die Vergütung pro Fall nach oben und unten

---

<sup>14</sup> Gemäss Versicherer-Report 2019 der FINMA: <https://www.finma.ch/de/dokumentation/finma-publikationen/kennzahlen-und-statistiken/kennzahlen/kennzahlen-versicherer/>.



begrenzt wird. Anzutreffen sind auch unterschiedliche Fallpauschalen je nach Partition des DRG-Fallpauschalenkatalogs oder nach Kostengewicht abgestufte Fallpauschalen sowie mehrere verschiedene Baserates pro Spital (z. B. für die Spital- und die Ärzteleistungen).

Grundsätzlich lässt sich die Rechnungsstellung für Zusatzversicherungstarife in folgende drei Kategorien einteilen:

- **Bottom Up-Methode**

Bei der sogenannten «Bottom Up-Methode» werden die Zusatz- und Mehrleistungen separat ausgewiesen und zusätzlich zum geschuldeten OKP-Tarif in Rechnung gestellt. Die Krankenzusatzversicherung übernimmt den über den OKP-Tarif hinausgehenden Betrag, welcher für die erbrachten echten Zusatz- und Mehrleistungen verrechnet wird.

- **Top Down-Methode**

Bei der sogenannten «Top Down-Methode» sind echte Zusatz- und Mehrleistungen Teil einer gemäss Sondertarif kalkulierten Gesamtrechnung. Sie werden nicht separat ausgewiesen und verrechnet. Im Gesamtbetrag, der sich aufgrund des Sondertarifs ergibt, sind die von der OKP abgedeckten Leistungen enthalten. Die private Zusatzversicherung übernimmt die Differenz zwischen dem Gesamtbetrag und dem Betrag, der von der OKP zu übernehmen ist.

- **Getrennte Rechnungsstellung**

Bei der «getrennten Rechnungsstellung» stellt das Spital Rechnung für seine Leistungen (insb. besserer Hotellerieleistungen), und der Chef- oder Belegarzt, der einen Privat- oder Halbprivatpatienten behandelt, verrechnet sein Honorar separat. Die private Zusatzversicherung übernimmt die Differenz zwischen dem Arzthonorar und dem Betrag, der von der OKP zu übernehmen ist. Die Tarife für die separate Abgeltung der Ärzteleistungen sind aufgrund einer sehr starken Intransparenz kaum nachzuvollziehen. Oftmals kommen spitalindividuelle Honorarordnungen zur Anwendung, welche Eingriffslisten mit teilweise mehreren Hundert Positionen vorsehen. Es gibt zudem Tarifwerke, die durch die kantonalen (Beleg-) Ärztesgesellschaften entwickelt wurden (z. B. Association des Médecins du canton de Genève (AMGe), Berner Belegärztevereinigung BBV+, Société vaudoise de médecine (SVM), Netzwerk der Ärztinnen und Ärzte der Hirslanden Kliniken (hirsmed.net). Zudem wird sehr häufig gemäss dem Spitalleistungskatalog (SLK, ehemaliges Spitaltarifwerk im UVG/MV/IV-Bereich) abgerechnet. Jede ärztliche Untersuchung und Visite sowie jeder ärztliche Eingriff lösen automatisch eine Vergütung zu Lasten der Krankenzusatzversicherung aus, ungeachtet ob sich die Behandlung des zusatzversicherten Patienten von derjenigen eines rein grundversicherten Patienten unterscheidet.



## 4.2 Tarifvergleich

Wegen der unterschiedlichen Tarifstrukturen ist ein direkter Tarifvergleich im Krankenzusatzversicherungsbereich nicht ohne Weiteres möglich. Um dennoch die Tarife von möglichst vielen Spitälern miteinander vergleichen zu können, hat der Preisüberwacher einen Standardfall definiert. Dieser Standardfall hat ein **Kostengewicht (CW) von 1.0** (=Durchschnittswert des Relativgewichts) und weist **sechs Pflage tage, bzw. fünf Übernachtungen**<sup>15</sup> auf. Basierend auf diesen Parametern und den ermittelten Tarifen hat der Preisüberwacher Fallvergütungen, bzw. «Baserates» kalkuliert, welche sich miteinander vergleichen lassen.

Diese kalkulatorischen Baserates können indes nur bei relativ einfachen Tarifstrukturen bestehend aus einfachen Fallelementen sowie Tages- und Nachtpauschalen, welche in jedem Fall in der gleichen Höhe verrechnet werden, ermittelt werden. Komplexe Tarifstrukturen mit verschiedenen Modulen sowie Spitäler mit separater Verrechnung der ärzteleistungen können in diesen Tarifvergleich jedoch nicht mit einbezogen werden. Der Tarifvergleich berücksichtigt des Weiteren nur akut-stationäre Listenspitäler. Geburtshäuser, Rehabilitationskliniken, geriatrische Kliniken und sonstige Spezialkliniken sind nicht enthalten.

Der Preisüberwacher berechnete auf diese Weise den Mittelwert der schweregradbereinigten Fallvergütungen über alle Krankenzusatzversicherer von **89 Spitälern**. Die Verteilung dieser durchschnittlichen Halbprivat- und Privatabteilungs-Fallkosten in Form von Baserates sind in der folgenden Tabelle 1 sowie in den Abbildungen 2 und 3 ersichtlich:

	Mittelwert	Minimum	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	Maximum
<b>Kalkulatorische Fallkosten (CW 1.0) Halbprivat</b>	CHF 5'100	CHF 1'375	CHF 4'331	CHF 4'909	CHF 6'288	CHF 10'000
<b>Kalkulatorische Fallkosten (CW 1.0) Privat</b>	CHF 7'188	CHF 1'637	CHF 5'674	CHF 6'913	CHF 8'693	CHF 14'520
<b>Differenz HP/P in %</b>	41%	19%	31%	41%	38%	45%

Tabelle 1: Verteilung der kalkulatorischen Fallvergütungen in Form von Baserates 2019 pro Standardfall in der Halbprivat- und Privatabteilung von 89 Spitälern (Tarifvergleich).

Im Durchschnitt betragen die kalkulatorischen Fallvergütungen bei einem Aufenthalt in der Halbprivatabteilung Fr. 5'100.-. Es gibt allerdings sehr grosse Tarifunterschiede. Die höchste kalkulierte Vergütung liegt mit Fr. 10'000.- pro Fall ca. 96% über der Vergütung des durchschnittlichen Spitals (Fr. 5'100.-) und 627% über derjenigen des günstigsten Spitals (Fr. 1'375.-). 50% der kalkulatorischen Fallvergütungen liegen zwischen Fr. 4'331.- (25. Perzentil) und Fr. 6'288.- (75. Perzentil). Der Median liegt bei Fr. 4'909.-.

<sup>15</sup> Gemäss der Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) 2019 des Bundesamts für Statistik (BfS) betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Privatabteilung 5.85 Tage und in der Halbprivatabteilung 5.45 Tage.

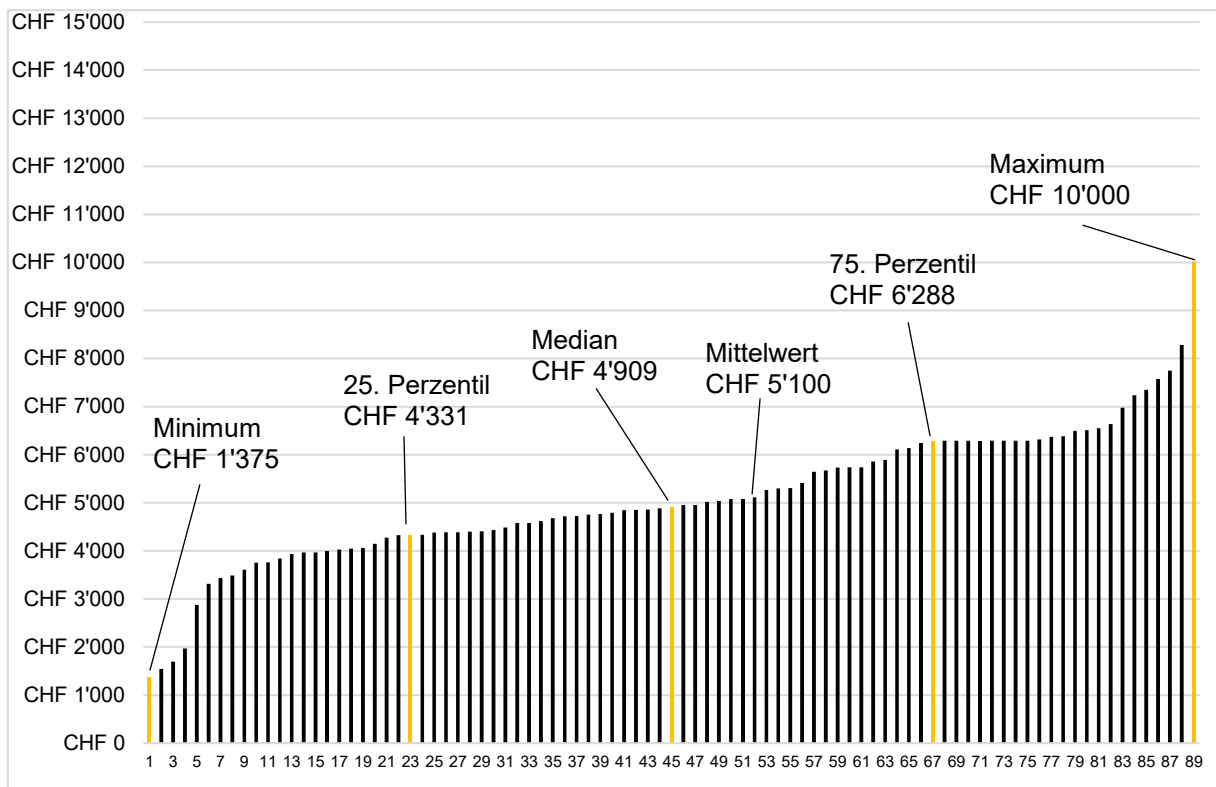


Abbildung 2: Verteilung der kalkulatorischen Fallvergütungen in Form von Baserates 2019 pro Standardfall in der Halbprivatabteilung von 89 Spitälern (Tarifvergleich).

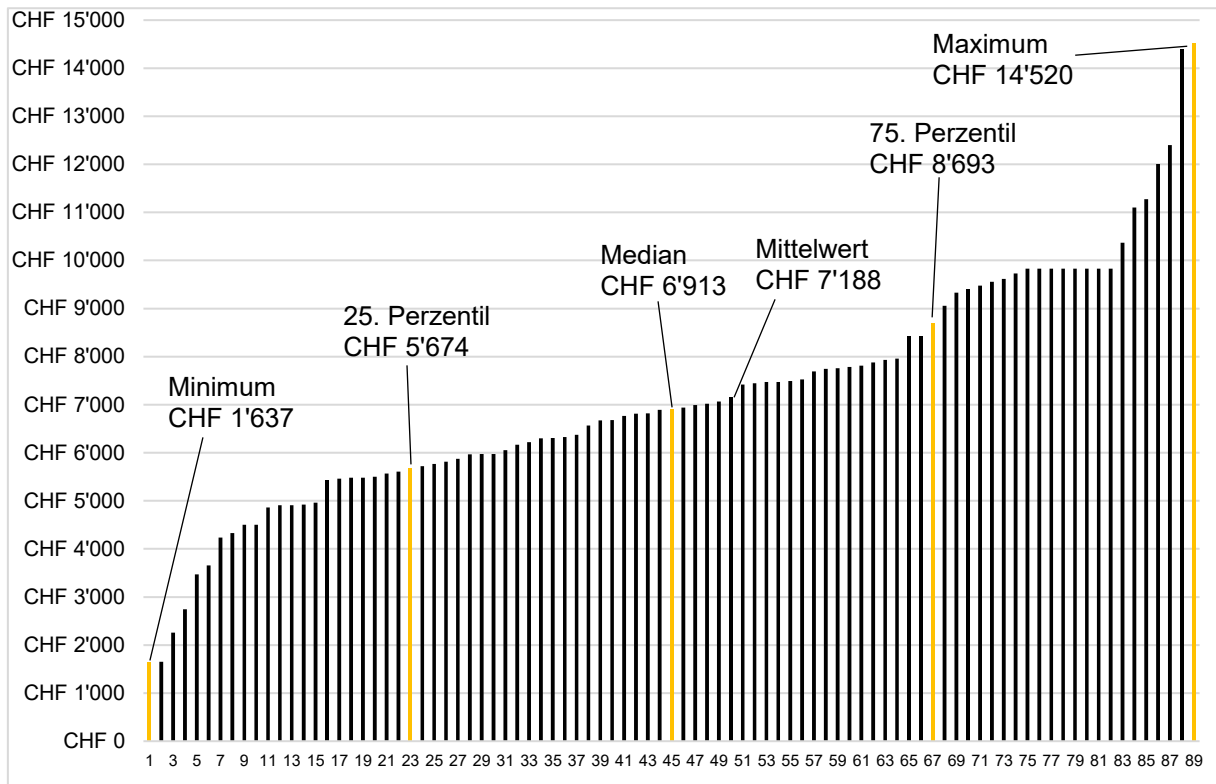


Abbildung 3: Verteilung der kalkulatorischen Fallvergütungen in Form von Baserates 2019 pro Standardfall in der Privatabteilung von 89 Spitälern (Tarifvergleich).



Die kalkulatorischen Baserates bei Privatpatienten sind im Durchschnitt ca. 41% höher als bei Halbprivatpatienten, wobei der Durchschnittswert Fr. 7'188.- beträgt. Auch sie weisen eine breite Streuung auf. So ist die kalkulatorische Fallvergütung des teuersten Spitals mit Fr. 14'520.- um 787% höher als diejenige des günstigsten Spitals (Fr. 1'637.-). 50% aller kalkulatorischen Fallvergütungen in der Privatabteilung befinden sich in einem Bereich zwischen Fr. 5'674 (25. Perzentil) und Fr. 8'693.- (75. Perzentil). Der Median liegt bei Fr. 6'913.-.

#### 4.3 Effektiv durch die Versicherer bezahlte Fallkosten

Da mit der oben beschriebenen Methode die Tarife von vielen Spitälern nicht erfasst werden können, hat der Preisüberwacher die Krankenzusatzversicherer zusätzlich ersucht, die effektiv im Jahr 2019 (zusätzlich zur OKP-Vergütung) bezahlten Gesamtkosten pro Fall in der Halbprivat- oder Privatabteilung zu berechnen und diese auf das Kostengewicht 1.0 zu normieren. Auf diese Weise können die KZV-Vergütungen sämtlicher Spitäler unabhängig ihrer Tarifstruktur und Verrechnungsart miteinander verglichen werden. Der Preisüberwacher hat die eingegangenen Daten plausibilisiert und Spitäler mit unplausiblen Resultaten sowie mit zu geringer Fallzahl ausgeschlossen. Insgesamt ermittelte der Preisüberwacher die effektiven Fallkosten (exkl. OKP-Anteil) von **147 akut-stationären Spitälern**. In der folgenden Tabelle 2 sowie in den Abbildungen 4 und 5 ist die Verteilung des über alle Krankenzusatzversicherer berechneten (ungewichteten) arithmetischen Durchschnitts der effektiv bezahlten Fallkosten (normiert auf das Kostengewicht 1.0) dargestellt:

	Mittelwert	Minimum	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	Maximum
<b>Fallkosten gesamt (CW 1.0) Halbprivat</b>	CHF 6'745	CHF 1'959	CHF 4'846	CHF 5'965	CHF 7'230	CHF 17'772
<b>Fallkosten gesamt (CW 1.0) Privat</b>	CHF 8'960	CHF 2'785	CHF 6'505	CHF 8'099	CHF 10'668	CHF 19'391
<b>Differenz HP/P in %</b>	33%	42%	34%	36%	48%	9%

Tabelle 2: Verteilung effektiv bezahlter Vollkosten pro Fall 2019 in der Halbprivat- und Privatabteilung (exkl. OKP-Anteil, normiert auf Kostengewicht 1.0) von 147 Spitälern (Fallkostenvergleich).

Die Verteilung der effektiv von den Krankenzusatzversicherern bezahlten Fallkosten weist grosse Ähnlichkeiten mit der Verteilung der kalkulatorischen Baserates auf. Auffallend ist, dass bei den effektiven Vollkosten tendenziell höhere Werte vorkommen als bei den vom Preisüberwacher kalkulierten Baserates auf Basis der bezahlten Tarife. Dies ist durchaus plausibel und damit zu erklären, dass viele teure Privatkliniken mit der Tarifvergleichsmethode des Preisüberwachers nicht erfasst werden können, da diese in der Regel komplexe Tarifmodelle vereinbart haben und die Belegärzte häufiger getrennt abgegolten werden.

Im Durchschnitt betragen die effektiv von den Versicherern zusätzlich zum OKP-Tarif bzw. zur OKP-Baserate bezahlten Fallkosten in der Halbprivatabteilung Fr. 6'745.-. Ein Fall in der Privatabteilung kostet durchschnittlich ca. 33% mehr (Fr. 8'960.-, exkl. OKP-Anteil). Die Fallkosten variieren von Spital zu Spital stark. Die höchsten Fallkosten in der Halbprivatabteilung (Fr. 17'772.-, exkl. OKP-Anteil) liegen 807% über den effektiven Fallkosten des günstigsten Spitals (Fr. 1'959.-, exkl. OKP-Anteil).

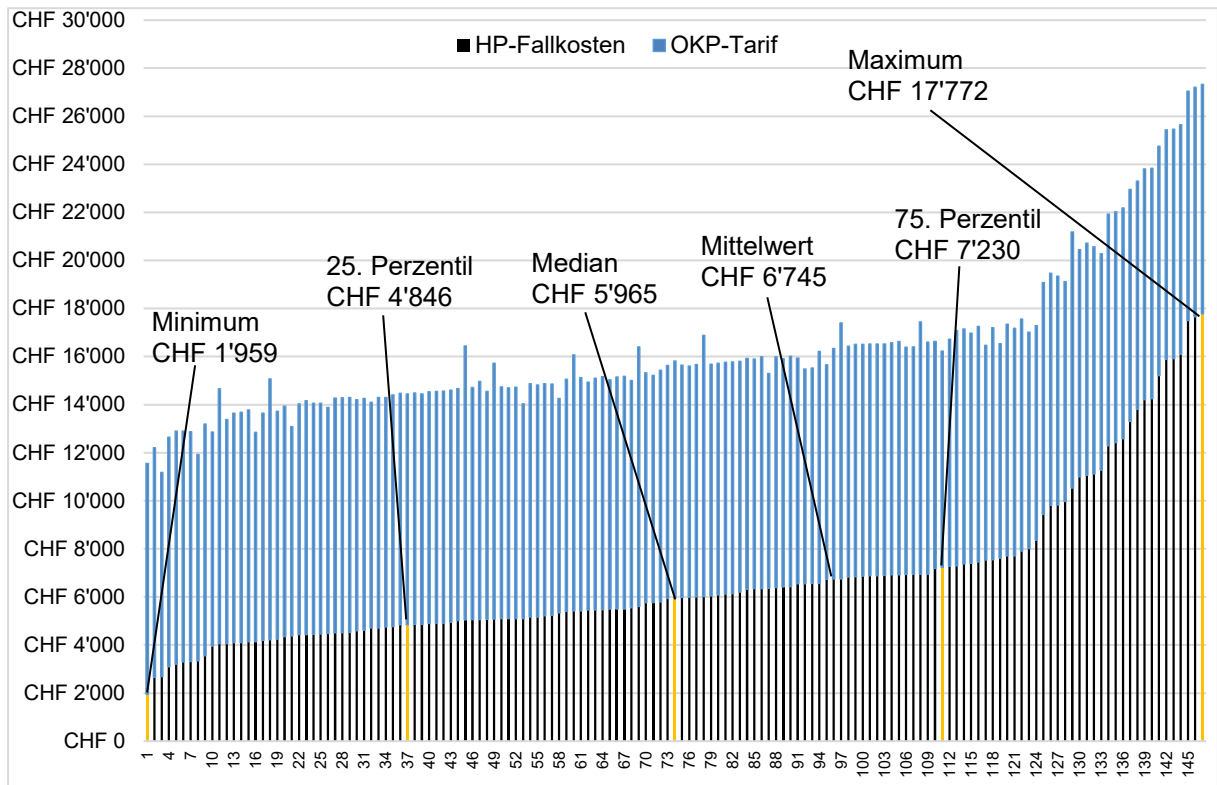


Abbildung 2: Verteilung effektiv bezahlter Vollkosten pro Fall 2019 in der Halbprivatabteilung (exkl. OKP-Anteil, normiert auf Kostengewicht 1.0) von 147 Spitälern (Fallkostenvergleich) sowie OKP-Tarif 2019.

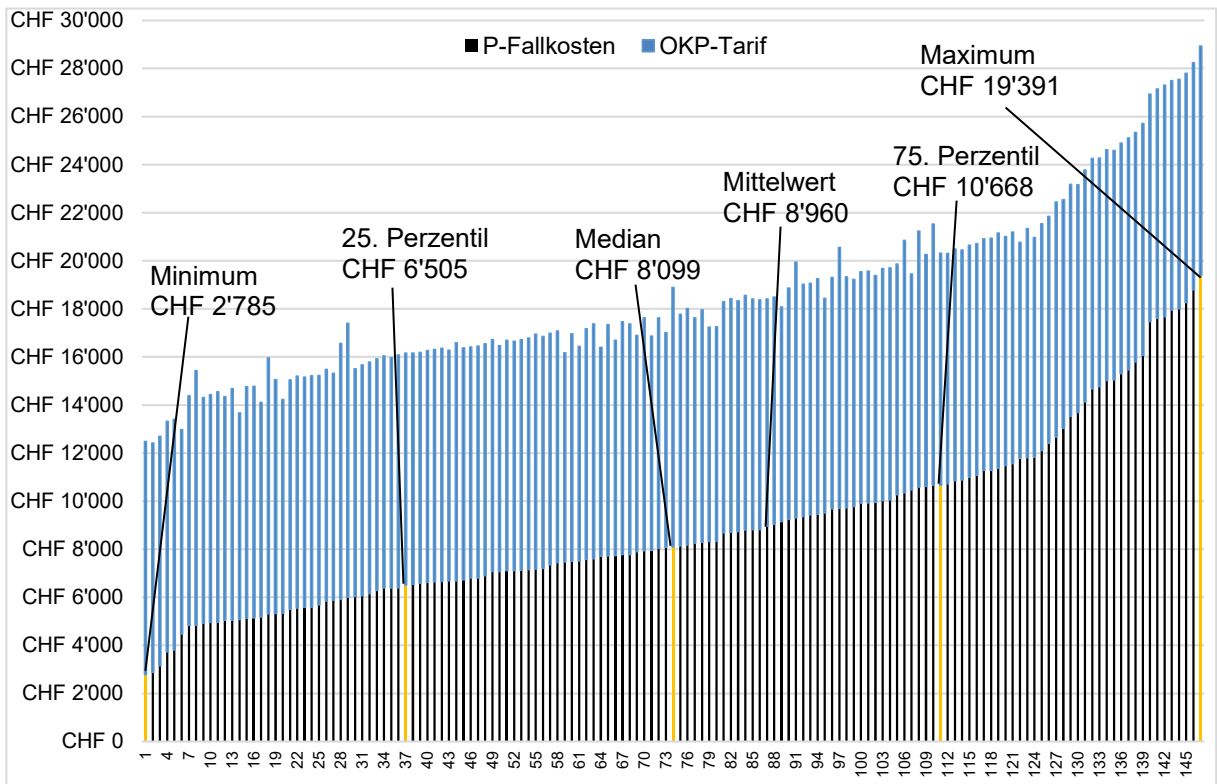


Abbildung 5: Verteilung effektiv bezahlter Vollkosten pro Fall 2019 in der Privatabteilung (normiert auf Kostengewicht 1.0) von 147 Spitälern (Fallkostenvergleich) sowie OKP-Tarif 2019.



In den Abbildungen 4 und 5 sind pro Spital die durchschnittlichen Fallkosten (normiert auf das Kostengewicht 1.0), welche die Krankenzusatzversicherer für die überobligatorischen Leistungen in der Halbprivat- und Privatabteilung effektiv bezahlten, in Form von nach Betrag sortierten schwarzen Säulen dargestellt. Zudem werden in Form von darüber gestapelten blauen Säulen die durch die OKP im Jahr 2019 bezahlten Baserates in diesen Spitälern gezeigt.<sup>16</sup> Diese betragen in der Regel knapp 10'000 Franken. Beide Säulen zusammen ergeben damit das Total der Kosten, welche die Krankenversicherer sowohl für die Vergütung der grundversicherten als auch der zusatzversicherten Spitalleistungen pro Fall (normiert auf das Kostengewicht 1.0) und für das jeweilige Spital im Durchschnitt zu tragen haben. Das bedeutet z. B., dass das teuerste Spital seinen Privatpatienten eine Zusatzrechnung stellt, die rund doppelt so hoch ausfällt (Fr. 19'391.-) wie die Rechnung, die bereits zuhanden der OKP ausgestellt wurde (Fr. 9'550.-). Auch das durchschnittliche Spital stellt für seine Zusatzleistungen z. H. seiner Privatpatienten noch eine Zusatzrechnung, die mit Fr. 8'960.- nahezu das Niveau der Rechnung zu Lasten der OKP erreicht. Es ist aus Sicht des Preisüberwachers äusserst fraglich, ob die von den Spitälern erbrachten Mehrleistungen gegenüber den bereits von der OKP bezahlten Leistungen, die immerhin die gesamten Operationskosten sowie Hotel- und Pflegeleistungen auf einem guten Niveau umfassen, so viel wert sein können.

---

<sup>16</sup> Bei den wenigen Nichtlistenspitälern wurde an Stelle des genehmigten OKP-Tarifs der kantonale Referenztarif für die ausserkantonale Hospitalisation (nicht-universitäre Akutsomatik) eingesetzt.



## 5 Fazit und Empfehlungen des Preisüberwachers

Die Ergebnisse dieser Analyse zeigen, dass die Mehrleistungen der Spitäler zugunsten zusatzversicherter Patienten zusätzlich zum OKP Tarif mit sehr hohen Beträgen (durchschnittlich Fr. 6'745.- (Halbprivatabteilung), bzw. Fr. 8'960.- (Privatabteilung) pro Fall vergütet werden. Die Tarife variieren des Weiteren zwischen den Spitälern sehr stark. Die teuersten Spitäler verrechnen ca. 9-mal höhere Tarife als die günstigsten und stellen oftmals sogar mehr als die OKP-Fallpauschale in Rechnung, welche sich durchschnittlich auf ca. Fr. 9'600.- beläuft. Angesichts der Kosten, welche die Spitäler für die zusatzversicherten Leistungen ausweisen (durchschnittlich ca. Fr. 1'600.- -1'800 pro Fall<sup>17</sup>), bestehen deshalb starke Indizien, dass die Krankenzusatzversicherungstarife in der Schweiz flächendeckend überhöht sind. Damit wird der Befund der FINMA von Ende 2020 klar bestätigt. Die Tarifverträge sind ausserdem oftmals derart ausgestaltet, dass jede ärztliche oder pflegerische Behandlung bei einem zusatzversicherten Patienten automatisch eine höhere Vergütung auslöst, unabhängig ob ein ausschliesslich grundversicherter Patient anders behandelt würde. Diese vermutungsweise unbegründeten und ungerechtfertigten hohen Tarife belasten seit vielen Jahren die Zusatzversicherer enorm und schaffen Fehlansätze, unnötige Behandlungen bei dieser Patientengruppe durchzuführen.<sup>18</sup> Da auch die unnötigen Behandlungen über die Fallpauschalen der OKP abgerechnet werden, verschärft dieser Fehlanreiz auch den finanziellen Druck auf die OKP und trägt dazu bei, dass die Krankenkassenprämien unnötig steigen.

Der Preisüberwacher stellte auch fest, dass eine klare und detaillierte – auch kostenmässige – Abgrenzung der zusatzversicherten Mehrleistungen der Spitäler von OKP-Pflichtleistungen noch weitgehend fehlt. Eine solche Abgrenzung ist allerdings zwingend notwendig, um Doppelverrechnungen von bereits durch die OKP vergüteten Leistungen zu verhindern und um eine KVG-konforme Ermittlung der OKP-Tarife zu gewährleisten. Ein einheitlicher, normativer Kostenabzug, wie ihn die GDK empfiehlt, kann wegen der mutmasslich grossen Leistungsunterschiede zwischen den Spitälern im Privatbereich den tatsächlichen Kostenunterschieden nicht ausreichend Rechnung tragen.

---

<sup>17</sup> = Mehrkosten für Mehrleistungen für Zusatzversicherte Fr. 800.- - Fr. 1'000.- pro Fall + Arzthonorare ca. Fr. 800.- pro Fall, siehe Kapitel 2.3.

<sup>18</sup> Dieser Zusammenhang ist gut dokumentiert, vgl. beispielweise Peters O, Vuffray C, Haslebacher K. (2016): Überhang in der stationären Leistungserbringung zu Gunsten der Zusatzversicherten, oder: Mehra T et al. (2017): Impact of structural and economic factors on hospitalization costs, inpatient mortality, and treatment type of traumatic hip fractures in Switzerland.





Die Situation, wie sie sich aufgrund dieser Analyse darstellt, bedarf nach Ansicht des Preisüberwachers einer raschen und umfassenden Bereinigung. Der Preisüberwacher behält sich deshalb vor, aufgrund der Resultate dieser Analyse vertiefte Abklärungen zu tätigen und auf Preissenkungen hinzuwirken. Da in diesem Bereich die bestehenden regulatorischen Möglichkeiten aber nur eine beschränkte Wirkung entfalten, drängt sich weiteres und unmittelbares Handeln auf. Der Preisüberwacher empfiehlt deshalb folgende Massnahmen:

- Um die Tarife flächendeckend auf ein vernünftiges Mass zurückzuführen, muss umgehend der gesetzliche Rahmen der Regulatoren angepasst werden.<sup>19</sup>

Zusätzlich empfiehlt der Preisüberwacher folgende kurzfristigen Massnahmen:

- Die Versicherer sollen dafür sorgen, dass sie nur für Kosten aufkommen, die aufgrund von Mehrleistungen gegenüber den von der OKP bereits finanzierten Leistungen gerechtfertigt und preislich begründbar sind. Sie sollen zu diesem Zweck – falls nötig – die Verträge mit den Leistungserbringern anpassen sowie ein wirksames Controlling aufbauen.
- Die Spitäler sollen eine nachvollziehbare Methode zur Kosten- und Leistungsermittlung der Mehrleistungen, die über die von der OKP gedeckten Leistungen hinausgehen, entwickeln sowie die korrekt ermittelten Kosten gegenüber den Versicherern transparent ausweisen.

---

<sup>19</sup> Einige mögliche Massnahmen werden im vom Staatssekretariat für internationale Finanzfragen (SIF) erstellten Bericht betreffend die [Stärkung der Instrumentarien der FINMA in der Krankenzusatzversicherung \(KZV\) vom 2. September 2020](#) präsentiert.